

**MODULO UNICO DI RICHIESTA COPIA CONFORME DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Richiesta **diretta** presso la **Cassa N°8** dedicata; Mediante **email** all'indirizzo: [cartelle.cliniche@miulli.it](mailto:cartelle.cliniche@miulli.it);  
Mediante **Fax** al numero: **0803055323**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

(Scrivere in stampatello; i moduli incompleti non saranno evasi; in allegato il fac-simile del bollettino postale precompilato)

**CHIEDO COPIA CONFORME DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**RICOVERO ORDINARIO (24,40 euro)**

**DAY HOSPITAL/SURGERY (18,30 euro)**

**DAY SERVICE/CARTELLA AMBULATORIALE (12,20 euro)**

**REFERTO PRONTO SOCCORSO (6,10 euro)**

del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Reparto dimissione \_\_\_\_\_ data ricovero \_\_\_\_\_ data dimissione \_\_\_\_\_

Reparto dimissione \_\_\_\_\_ data ricovero \_\_\_\_\_ data dimissione \_\_\_\_\_

Referto di pronto soccorso: data prestazione \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

Altra documentazione \_\_\_\_\_

**Indicare a quale delle seguenti categorie di aventi diritto alla richiesta si appartiene:**

- o **TITOLARE** allegando copia fronte retro del documento d'identità **VALIDO**
- o **GENITORE** del TITOLARE MINORENNE, DICHIARANDO DI POSSEDERE LA PATRIA POTESTA' allegando copia fronte retro del proprio documento di identità **VALIDO**
- o **EREDI LEGITTIMI e/o TESTAMENTARI** del TITOLARE DECEDUTO mediante dichiarazione scritta e allegando copia fronte retro del proprio documento di identità **VALIDO**
- o **TUTOR a cui è stato affidato** il TITOLARE della cartella NON IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE, con allegata copia **ATTO DI PROCURA** e copia fronte retro del proprio documento di identità **VALIDO**
- o **PERSONA DELEGATA** dal titolare allegando copia fronte retro di entrambi i documenti **VALIDI**

Firma del titolare che delega \_\_\_\_\_

**NB: ALLEGARE SEMPRE COPIA DOCUMENTI DI IDENTITA' E RICEVUTA DI PAGAMENTO**

**Modalità di pagamento:**

1. **mediante C/C postale n. 11397700 Intestato a: E.E. OSPEDALE GENERALE REGIONALE "MIULLI" Servizio di tesoreria, casuale: RIPRODUZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA**
2. **mediante bonifico bancario IBAN IT 06 F 05385 41300 000000002401 Banca Popolare di Puglia e Basilicata intestato a E.E. OSPEDALE GENERALE REGIONALE "MIULLI"**
3. **Direttamente in cassa N° 8 (contanti o tramite POS)**

**CHIEDO CHE TALE DOCUMENTO MI VENGA INVIATO AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

SIG./RA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

(La spedizione avverrà con spese da pagare in contrassegno)

**DELEGO AL RITIRO IN UFFICIO IL/LA SIG./RA \_\_\_\_\_**

RECAPITO TELEFONO \_\_\_\_\_ (indicare sempre)

DATA \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

*Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci*

Gentile paziente,

PER INFORMAZIONI SU TEMPI DI PREPARAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E' INDISPENSABILE CONTATTARE  
IL SEGUENTE NUMERO TELEFONICO DELL'UFFICIO COMPETENTE:

**080 / 3054458**

chiamando **dalle 9.00 alle 11.00**

FORNENDO I SEGUENTI DATI:

- **DATA DELLA RICHIESTA**
- **NOME E COGNOME DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**  
PER IL RITIRO GLI ORARI DELL'UFFICIO SONO:  
dal **Lunedì** al **Venerdì** (martina) dalle 9.00 alle 13.00  
il **Lunedì** e il **Giovedì** (pomeriggio) dalle 14.30 alle 16.30

**LE RICHIESTE INCOMPLETE NON SARANNO RITENUTE VALIDE!**

*Grazie*  
la direzione sanitaria

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Versamento

BancoPosta

€ sul C/C n. 11397700 di Euro

IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A

OSPEDALE GENERALE REGIONALE "MIULLI"

Servizio di tesoreria

CAUSALE

RIPRODUZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ESEGUITO DA

IA - PIAZZA

CAP

LOCALITÀ

FAC-SIMILE

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Accredito

BancoPosta

€ sul C/C n. 11397700 di Euro

TD 123

IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A

OSPEDALE GENERALE REGIONALE "MIULLI"

Servizio di tesoreria

CAUSALE

RIPRODUZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ESEGUITO DA

IA - PIAZZA

CAP

LOCALITÀ

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

codice bancario

IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE!

importo in euro

numero conto

tipo documento

Mod. C18 BS - Mod. 1201A - Ed. 1/10 - P. 1300/01/1900 - S. (11)

## Informativa privacy

Gentile Signore/a,

ai sensi del **D.lgs. n. 196/2003** (Codice in materia di protezione dei dati personali), che ha sostituito la legge n. 675/1996, il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 (già art. 10 legge 675/1996) della legge predetta, dunque, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei spontaneamente forniti verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, per le seguenti finalità: tutela con ogni mezzo legittimo, ed in particolare con il ricorso allo strumento giudiziario, dei diritti e degli interessi dei consumatori e degli utenti. Il trattamento sarà effettuato attraverso modalità cartacee e/o informatizzate.
2. Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo, codice fiscale, recapito telefonico è obbligatorio, al fine di poterLe offrire le prestazioni da Lei richieste e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del servizio fornito.
3. *La informiamo che i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, quelli attinenti alla salute, sono dati sensibili. Tali dati, insieme ai dati giudiziari, da lei spontaneamente conferiti, non saranno oggetto di trattamento se non previo suo espresso consenso scritto;*
4. Il titolare del trattamento è il Governatore dell'Ente "F. Miulli" nella sede al KM 4.1 della strada provinciale Santeramo/Acquaviva ed il responsabile il Direttore Sanitario.
5. Il trattamento dei dati ha luogo presso la predetta sede e sarà curato solo dal personale ad esso incaricato.
6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy (già art. 13 della legge n. 675/1996), in particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla; di ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.
7. Per avere ulteriori informazioni in ordine ai suoi diritti sulla privacy La invitiamo a visitare il sito web dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali all'indirizzo [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

---

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Fabrizio Celani